IZPP^Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil
ISSN: 1869-6880

Das Arzt-Patient-Gespräch und seine eingeschriebenen kognitiv-strukturellen Widersprüche

Frank Wörler

Zusammenfassung

Die Kommunikation mit älteren Patienten wird von Ärzten häufig als anspruchsvoll bis schwierig beschrieben. Der vorliegende Aufsatz zeigt eine strukturelle Ebene auf, die als Teil des Problems verstanden werden kann. Im Rahmen einer größeren qualitativen Studie wurden die leitfadengestützten Interviews von onkologisch arbeitenden Medizinern (erste Gruppe) und Krebspatienten über 70 Jahre (zweite Gruppe) einer sekundären Auswertung unterzogen. Methodisch wurde sich an den Vorgaben der Interpretativen Phänomenologischen Analyse orientiert, wobei die verschiedenen Verständnisweisen der erlebten Situation besondere Beachtung fanden.

Es zeigt sich, dass Patienten und Ärzte Gesprächssituationen, wie die Diagnosestellung, unterschiedlich erleben. Insbesondere zeigen die Berichte der Patienten, dass sie kognitiv vorrangig mit einer narrativen Einordnung der Krebserkrankung in ihre Lebensgeschichte beschäftigt sind. Hierbei spielen Sinnbezüge, die weit in die Vergangenheit und Zukunft reichen, eine große Rolle. Ärzte wiederum haben eine große Menge von Daten zu verarbeiten und erleben ihre Aufgabe als auf den Augenblick zentriert. Die zeitliche Dimension spielt bei ihnen vor allem in der Prognostik eine Rolle.

Die so beschriebenen kognitiven Prozesse der beiden Gruppen sind wesensverschieden, mithin inkommensurabel, was zur schwierigen Kommunikation beiträgt. Bedenkt man die Notwendigkeit von gegenseitigem Verständnis für die inzwischen etablierten Prozesse des *Informed Consents* (Informiertes Einverständnis) und des *Shared Decision Makings* (Partizipative Entscheidungsfindung), so zeigt sich die Relevanz der vorgestellten Problematik. Für die Gruppe der Ärzte sind es mehr Nähe und eine zeitlich längere Begleitung, die eine bessere Kommunikation begünstigen, weil sie dann der zeitlich-bedeutenden, ausgedehnten Wahrnehmungsweise der Patienten entgegenkommen.

Stichwörter

Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation, Narration, Zeitlichkeit, Begegnung, Medizinethik

Abstract

Structural-cognitive contradictions as a reason for difficult physician-patient communication: Physicians often report difficulties in communicating with elderly patients. One reason for this derives from differences between the cognitive structures of the physician’s and the patient’s thinking.

This paper is based on a secondary analysis of semi-structured, qualitative, in-depth interviews with patients and physicians, which were originally designed in a study to explore reasons for incongruities between medical guidelines and actual treatment decisions. The group of physicians included oncologists and family doctors; the patients group included cancer patients aged 70 or over. Verbatim transcripts have been analyzed applying interpretative phenomenological analysis (IPA) focusing on the different lived experiences and understandings of the situation after the cancer diagnosis.

We found that patients and physicians experienced the co-lived speech situation differently. While patients

were mostly busy within the narrative dimension, trying to make sense of how this ruthless event relates to their life story, physicians tended to focus on the moment of diagnosis and, perhaps, prognosis. Their main concern was to collect a multitude of medical data, rather than looking for semantic threads and existential meaning, or to embrace the past and the future of an individual.
In this paper I argue that the two groups are busy with structurally different cognitive tasks and that this may be one reason for the often-reported failure of comprehension. From a physician's perspective, communication can be improved by persistence and proximity, as this meets the patient's narrative experience.

Keywords
Physician-patient Culture, Communication, Narration, Temporality, Encounter, Medical Ethics

1 Einführung und Hinweise zu Zielsetzung und Methodik

Die Kommunikation zwischen Ärzten und älteren Patienten wird oft als besonders schwierig beschrieben. Dabei wird auf das häufig beeinträchtigte Hörvermögen, eine geringere Konzentrationsfähigkeit, und im Extremfall auf verringerte kognitive Fähigkeiten verwiesen.[1] In diesem Aufsatz will ich einen anderen Weg bei der Theoretisierung des Kommunikationsproblems gehen. Mein Anliegen ist es weniger, kognitive *Defizite* auszumachen, als vielmehr kognitive *Differenzen* zwischen Arzt und Patient beim Erleben der Gesprächssituation herauszuarbeiten.

Als empirisches Material lagen 74 leitfadengestützte Interviews aus einer Studie zu Therapieabweichungen bei älteren Patienten vor.[2] Nach einer umfassenden Codierung wurden die Gruppe der Patienten und die Gruppe der Ärzte in Hinblick auf eine generelle Haltung gegenüber des Moments der Diagnosestellung und der Therapieempfehlung ausgewertet. Im Vergleich der beiden Gruppen fielen die unterschiedlichen Strukturen der Erfahrungsberichte auf; bei den Patienten insbesondere die Bedeutung der Narration.

Dass Patientenberichte häufig die Struktur von Narrationen haben, ist vielfach berichtet worden und in die Lehrbücher eingegangen.[3] Abgeleitete therapeutische Ansätze jedoch beschreiben die Narration meist als etwas, was im Sinne des ärztlichen Denkens nutzbar gemacht werden sollte. Sie sind aus einer Perspektive des medizinischen Eingriffs, der Aktualisierung einer fachlich gebotenen Therapie geschrieben und vollziehen nicht jene ebenbürtige Reflexion, dass nämlich die ärztliche Perspektive ebenso eine sehr spezielle ist, die durchaus von anderen Kommunikationszusammenhängen und Diskursen wiederum verschieden ist. Aus einer größeren Distanz heraus soll im folgenden Aufsatz versucht werden, Arzt und Patient als korrespondierende Partner einer Begegnung wahrzunehmen und die unterschiedlichen kognitiven Verstehensdimensionen von Patienten *und Ärzten* in Beziehung zu setzen. Die große Zahl an Interviewausschnitten sowohl aus der Patienten- als auch aus der Ärztegruppe mag direkt spürbar machen, welche kognitiven Konzepte sich im Erleben der Kommunikationssituation gegenüberstehen.

2 Selbstverständnis und Absichtserklärungen der Ärzte: Patientenwohl und Streben nach weitgehend partizipativen Entscheidungsprozessen

Eine Auswertung der Interviews mit Ärzten ergibt, dass durchgängig partizipative Entscheidungsprozesse angestrebt und eingefordert werden. Als wichtige Parameter der zugrundeliegenden Kommunikation gelten eine rückhaltlose Aufklärung über Krankheit und Therapiemöglichkeiten, sowie über die wahrscheinlich zu erwartenden Konsequenzen. Eine Fachärztin aus der klinischen Onkologie formuliert dies so:

> „Ich würde tatsächlich gucken, dass die Patienten, ähm mehrmals aufgeklärt werden über die Diagnose. Die mehrmals über die Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden und dass eben definitiv erklärt wird, dass sie die Therapien gerne ablehnen können oder dürfen, wenn sie das nicht wollen.“ (Ärzte111)

Eine umfassende Informierung des Patienten soll zur freien Entscheidung des Patienten führen – eine Aussage die regelmäßig vorgebracht wird. Einige Ärzte lassen nichtsdestotrotz den intrinsischen Wunsch durchblicken, den Patienten zu helfen, indem sie die aus ihrer Sicht richtige Therapie als vorteilhaft für den Patienten darstellen. Ein niedergelassener Onkologe fordert:

> „Da muss man schon sehr auf den Patienten eingehen, damit der das auch versteht was, was man ihm anbieten möchte und was, wo man ihm auch wirklich helfen möchte.“ (Ärzte224)

Grundsätzlich kann gelten, dass Empfehlungen aufgrund medizinischer Parameter synthetisiert werden, deren Kenntnis i.d.R. nur der Arzt hat, und deren universelle Gültigkeit nicht explizit hinterfragt wird. Weiterhin wird vorausgesetzt, dass die Schlüssigkeit der objektiven oder objektivierten Sachlage – Tumorformel, Komorbiditäten, weitere Faktoren – grundsätzlich transparent darstellbar ist. Es gilt in einem zweiten Zug, diese mit den Wünschen des Patienten in Übereinstimmung zu bringen, beziehungsweise aus dessen Perspektive zu bewerten, um eine gemeinsame Entscheidung für oder gegen eine Therapie zu erwirken.

> „Also ich habe immer alle möglichen Optionen besprochen und das wichtigste ist, dass man am Anfang der Therapie fragt, was der Mensch möchte. Und dann muss man die Therapie halt einfach auf den Patienten zurechtschneiden und nicht umgekehrt. [...] Und dann brauche ich das gar nicht selber, ähm leiten in eine gewisse Richtung, solange ich offen und ehrlich bin und sage Vor- und Nachteile der und der Therapie, kann man den Patienten ja aufgeklärt die Entscheidung treffen lassen. Mit der Familie und mit dem Partner zusammen.“ (Ärzte308)

Die letztendliche Entscheidung verbleibt stets beim Patienten, so die durchgängig formulierte Ansicht, während Phasen des Entscheidungsprozesses im vorigen Zitat unklar zwischen Vorwegnahme durch den Mediziner – „zurechtschneiden“ – und freier „aufgeklärt[er]“ Willensbildung changieren. Diese Unklarheit, beziehungsweise dieses Changieren kann als Charakteristikum für das ‚Aushandeln’ bei einer partizipativen Entscheidungsfindung verstanden werden.

Ein Mediziner weist darauf hin, dass neben objektivem und vermittelbarem Fachwissen, auch persönliche Erfahrungswerte und weitere unvorhersehbare Faktoren diesen Prozess bestimmen.

> „Man hat natürlich so seine –, ähm, wollen wir mal so sagen –. Weiß, wie man Dinge vielleicht schon, ähm, vermitteln kann. Das würde ich schon sagen. Weil jetzt, dass ich da nun einen psychologischen Leitfaden oder so jetzt da vor mit liegen hätte, das kann ich nicht sagen. Das ist dann meistens so aus der Situation heraus. Und man muss eh immer auf die Situation dann eingehen. Und manchmal passiert dann auch Unerwartetes, was man eh nicht so in feste, mh, Skripte fassen könnte, oder irgendwie so, nicht? Also das ist ja immer sehr individuell auch.“ (Ärzte112)

Der Arzt, der hier auf außerhalb physiologischer und psychologischer Elemente liegende Faktoren verweist, ringt deutlich spürbar nach Worten, etwas zu formulieren, was zwar innerhalb seines Erfahrungswissens existiert,

jedoch als Reihe singulärer Ereignisse außerhalb verallgemeinerbarer Posten steht. Dieses Etwas steht nicht nur faktisch außerhalb bestehender „Skripte“, wie den Leitlinien, es lässt sich auch wesentlich nicht in Leitlinien niederlegen.

Während „eigenes Empfinden“ und „Einfühlungsvermögen“ als vorteilhaft für eine individuelle Beratung angesehen werden, werden wiederholt zwei Faktoren benannt, die einem angemessenen Gespräch entgegenstehen: das Unvermögen, insbesondere älterer Patienten, das vom Arzt Vorgetragene dauerhaft anzunehmen und in seinen existenziellen Konsequenzen zu verstehen, sowie die fehlende Zeit für eine angemessene Vertiefung des Gesprächs. Beide Faktoren sind zusammen zu betrachten. Nach Ansicht mehrerer Hausärzte sind diese Probleme bei den Fachabteilungen der Kliniken durchgängig, während sich Hausärzte selbst mehr Möglichkeiten zuschreiben, auf ihre Patienten individuell eingehen zu können.

> „Also ich glaube halt einfach, dass die Krankenhausstruktur es nicht so möglich macht den, die Nähe zum Patienten, ähm so aufrecht zu erhalten und dann auch wirklich immer den Patientenwillen herauszufiltern, ist natürlich schwierig.“ (Ärzte308)

Hausärzte kennen ihre älteren Patienten oft über Jahrzehnte hinweg und können deshalb deren Lebenssituation besser einschätzen. Auch Vertrauen wurde über Jahre und gemeinsam erlebte Episoden aufgebaut. Der Praxisalltag gibt ihnen immer noch mehr Spielraum für längere Gespräche, als im Krankenhaus möglich. Den „Patientenwillen herauszufiltern“ erfordert, diesem Zitat zufolge, „Nähe“.

Allgemein ist der Wunsch sowohl der Fachärzte als auch der Allgemeinmediziner sichtbar, im Entscheidungsprozess eine persönlich befriedigende und ethisch vertretbare Rolle einzunehmen. Dieses Rollenbild spiegelt den aktuellen medizinethischen Diskurs wider, der partizipative Entscheidungsmodelle favorisiert. Ob dies unter den genannten Einschränkungen – institutionelle Vorgaben, Bereitschaft bzw. Befähigung der Patienten – immer möglich ist, muss bezweifelt werden. So begründet eine Patientin in einem Interview ihre Entscheidung jenseits eines eigenständigen Urteils:

> „Aber ich habe mir gedacht: ‚Er ist der Doktor. Er wird das schon wissen.‘“ (Patienten304)

Hier könnte auch eine Bevormundung durch den Arzt, sicherlich aber fehlende Einsicht und ausbleibendes Nachvollziehen der Patientin vorliegen. Andererseits zeigt sich, dass von Seiten der Patienten Ärzte immer wieder zur persönlichen Stellungnahme aufgefordert werden:

> „Also dann fragen viele Patienten auch: ‚Wie würden Sie selber entscheiden?‘ Und die Patientin heute hat gefragt: ‚Das darf ich Sie vielleicht gar nicht fragen, aber was hätten Sie denn Ihrer Mutter geraten?‘“ (Ärzte235)

Beide Fragetypen tauchen regelmäßig in den Berichten der Ärzte auf. Es stellt sich die Frage, warum Patienten darauf eine andere Antwort erwarten, als sie womöglich ohnehin als Empfehlung bereits erhalten hatten. Mit anderen Worten: was macht den besonderen Wert aus, der aus den bislang offenbarten Fakten vermeintlich nicht hervorgegangen ist? Welche Forderung wird hier an den Arzt gestellt?

3 Befangenheit der Patienten im eigenen Erleben, Retrospektion und Prospektion

„Was würden Sie ihrer Mutter empfehlen?“ In dieser Frage zeigt sich exemplarisch, dass die kognitive Verarbeitung der Patienten stärker narrative Dimensionen aufweist. Dementsprechend wünschen sich die Patienten eine Information, deren Charakter ebenfalls narrativ ist. Wenn der Arzt von sich spricht, begibt er sich auf diese Ebene. „Meine Mutter“ oder auch „meine Gesundheit“ sind deutlich sichtbare Elemente einer narrativ-situativen Lebensdimension. Sie begründen sich – zumindest für den Gesprächspartner – in dieser und werden im gleichen Zug aus ihrem medizinisch-wissenschaftlichen Sachzusammenhang gelöst. Wenn die Frage auf das Erleben als Mensch, als Person abzielt, kann dies als Aufforderung gesehen werden, die Dimension des endlichen Lebens als konkret erlebtes anzuerkennen. Diese Dimension hebt sich inhaltlich, aber auch strukturell von der fachlichen Gesamtschau aller erfassbaren Parameter ab.

Patienten äußern sich regelmäßig über die Einordnung ihrer Krebserkrankung in ihre eigene Krankengeschichte und insbesondere auch in eine Familienchronologie.

> „Ich habe einen ganz schrecklichen Stammbaum. Meine, mein, äh, Vater hatte zwei Cousinen, die sind an Brustkrebs gestorben. Seine Mutter hat beidseits Brustkrebs gehabt. Meine Schwester hat es, im Frühstadium. Ich habe es. Mein Vater hatte Prostatakrebs.“ (Patienten208)

Eine Familiengeschichte wie diese hat nicht nur medizinischen Informationswert, zum Beispiel über die Wahrscheinlichkeit, selbst an Krebs zu erkranken, sie stellt auch einen jeweils individuellen und variationsreichen, narrativen Kontext bereit, in welchen die Diagnose eingebettet wird. So kann die Vorstellung, was eine Krebserkrankung bedeutet, von beängstigenden Geschichten geprägt sein:

> „Also mein Vater hat immer, äh, äh, Schauermärchen, na Schauermärchen ist falsch. Also der hat sein, äh Erlebnisse mit der Mutter eindrücklich geschildert. Da hatte er Tränen in den Augen. Mutter hätte weinend, schreiend im Bett gelegen. Das war 1940.“ (Patienten208)

Andererseits wird vielfach berichtet, dass der vorausliegende Umgang mit der Krebserkrankung Angehöriger zu einer gefassteren Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit geführt hat. Erfahrungen können beispielsweise in eine Erzählung münden, auf welche die aktuelle Situation bezogen wird:

> „Ich meine, was natürlich schon manchmal schwierig war, dass eben –, die schwierige Zeit mit meinem Mann ist natürlich dann schon wieder sehr in den Vordergrund getreten. [...] Und das war jetzt natürlich schon irgendwo immer im Hinterkopf, aber es war nicht so, dass das deswegen bei mir dazu geführt hätte, dass ich jetzt furchtbare Ängste gehabt hätte, was alles sein kann.“ (Patienten252)

Hier gelingt es der Patientin, mittels des Erlebten die aktuelle Herausforderung in einen Sinnzusammenhang zu setzen: das Kämpfen über Jahre hinweg. Sinnbezüge können individuell sehr unterschiedlich ausfallen – in jedem Fall wird die eingetretene Situation von diesen Erfahrungen ausgehend interpretiert.

Auch die eigene Einstellung zum Leben und gegenüber Schwierigkeiten wird herangezogen, um ein individuelles Narrativ zu generieren. Patienten beziehen sich regelmäßig auf ein positives Selbstbild, um ihren Umgang mit der Krebserkrankung zu erläutern. Beispielsweise beschreiben sie sich als

> „Kämpfernatur, ne. Der [Krebs] kriegt mich jetzt noch nicht. So, und das ist ein Ansporn. Und das habe ich mir immer, äh, äh in den Kopf genagelt oder vor den Kopf genagelt und, äh das denke ich mal war so der Antrieb, dafür, äh sich wieder aufzurappeln. Ich bin auch, im Grunde genommen bin ich eine Kämpfernatur.“ (Patienten208)

Abhängig vom Stadium der diagnostizierten Erkrankung wird es für die Patienten notwendig, einen Bezug zum eigenen, individuellen Leben herzustellen. Die Krankheit ereignet sich nicht isoliert von den sehr vielfältigen Lebensinhalten der Betroffenen. Einerseits bewirkt sie eine Neuausrichtung der Sinnbezüge, andererseits werden Inhalte und Pläne weiterverfolgt, wo dies möglich ist. So wird mehrfach beschrieben, dass ein geplanter Urlaub noch genossen wird, oder wie hier, Freizeitaktivitäten fortgesetzt werden:

> „Ich habe dann so ein Theaterprojekt bei uns in F., da gibt es so eine Bürgerbühne, habe so ein Theaterprojekt mitgemacht. Das lief dann über die ganze Zeit, bis, äh, zum Jahresende und es läuft auch wieder im Februar weiter. Sodass ich da versucht habe, mich ein bisschen abzulenken.“ (Patienten252)

Die distinkten Ereignisse des Leidens, der Diagnostik und der Therapie einerseits und die Ereignisse des Lebens werden von Patienten als wesentlich in der Zeit geordnet beschrieben. Neben den narrativen Rückgriffen auf vorher Erlebtes – wie in den Krankengeschichten von Angehörigen – und der eigenen Lebensgeschichte als Quelle einer erworbenen Einstellung wird auch die Zeit nach der Entdeckung des Tumors als von einer zeitlichen Struktur geprägt erlebt.

> „Naja, also, was mich da am meisten belastet hat oder genervt hat, das war, dass das immer so lange gedauert hat zwischen einem Schritt und dem nächsten. Also dann musste es wieder die Woche darauf zu diesem Tumorboard. Dann musste es wieder besprochen werden. Äh, dann hatte man wieder halt ein Gespräch und dann wurde das Ganze halt wieder besprochen. Was macht man jetzt? Oder wie gesagt, dann kam dieses unglückliche Ereignis dann noch dazwischen. Also das war eigentlich das, was mich am meisten belastet hat.“ (Patienten252)

Die besondere Bedeutung der Zeitstruktur kann als wichtiges Charakteristikum von Narration gelten. Weiterhin ergeben sich Sinnbezüge, die weit über die Krankheit hinausgehen und neue Deutungen des eigenen Daseins motivieren.

> „Nein. Ich denke, ähm, der Krebs hat eine positive Wendung in meinem Leben gebracht. Ich habe eine andere Einstellung persönlich zu meinem Sohn bekommen. Ähm, vielleicht musste es erst so weit kommen, dass ich mich selber verändert habe. [...] Ich habe [nach der Therapie] mit meiner Schwester eine ganz tolle [Asien-]Reise gemacht [...]. Hätte ich vielleicht auch nicht gemacht. Gut, das ist natürlich –, gerne verzichtet man auf Krebs so, aber, äh, von der Denkweise, von den Ansätzen her habe ich vieles infrage gestellt und agiere heute anders. Für mich, denke ich, gesünder.“ (Patienten251)

Was hier als Ermöglichungsgeschichte eines bedeutsamen Lebens beschrieben ist, findet seinen Konterpart in Bezügen, die sich auf das Lebensende richten. Insbesondere in der untersuchten Altersgruppe über siebzig spielt die Einstellung zum Tod eine bedeutsame Rolle.

> „Also ich kann da schon mit umgehen und habe mir auch gesagt: ‚Gott, du bist jetzt 75. Wenn es denn –,

> weil dann wollen wir sagen, kommt in fünf Jahren wieder, der Krebs. Dann wirst du 80. Dann kannst du auch von –, irgendwann –, an irgendwas muss man ja sterben.‘ (Lachen) So zu sagen, ne.“ (Patienten216)

Die hier beschriebene Haltung setzt voraus, das Leben in seiner Endlichkeit zu reflektieren, seine spezifische Zeitlichkeit anzuerkennen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Äußerungen der Patienten in hohem Maße zeitliche und bedeutende Strukturen aufweisen, die nicht erst mit der Erkrankung beginnen und auch nicht mit Abschluss der Therapie enden. Vergleichsweise selten sprechen die Betroffenen über die Komplexität der therapeutischen Entscheidungssituationen, welche die Alltagsberichte der Ärzte dominieren.

4 Modell einer synchronischen und einer diachronischen Verstehensdimension

Die Verstehensdimensionen von Ärzten und Patienten weisen folglich unterschiedliche zeitliche Charakteristika auf. Für Ärzte ist die *Geschichte* der Patienten vor allem in der repräsentierten Form einer erworbenen Einstellung[4] wichtig. Diese Einstellung wird im Rahmen der zumeist angestrebten partizipativen Entscheidungsfindung abgefragt. Die Kontinuität des Lebensstroms des Patienten selbst zu erfassen, liegt hingegen nicht im Fokus der Behandler. Darüber hinaus muss zur Diagnosestellung und Therapieempfehlung eine große Zahl unpersönlicher Daten vom Arzt berücksichtigt werden. Diese stammen von medizinischen Untersuchungen und müssen mit Leitlinien, Expertenwissen, ethischen und sozialen Anforderungen in Bezug gesetzt werden. Auf einer theoretischen Ebene zusammengefasst soll dies folgendermaßen abgebildet werden:

Die Verstehensdimension des Patienten ist die eines gelebten Lebens, zu welchem die Krankheit gehört – beziehungsweise in einem aktiven Prozess integriert werden muss. In Ermangelung eines bestehenden Begriffs soll diese hier als ‚diachronisch' attribuiert werden. Der Patient versteht seine Situation innerhalb einer zeitlich weit in Vergangenheit und Zukunft greifenden Sinngebung. Diese Bezüge erscheinen im Gespräch regelmäßig in Erzählungen, gerade der ältere Patient ist in diesen Strukturen befangen. Diese Verstehensdimension ist inkommensurabel mit dem Verstehen von statistisch gestützten Prognosen oder anderen medizinischen Zusammenhängen.

Die Verstehensdimension des Mediziners ist eine von narrativen, zeitlichen Sinnbezügen isolierte Welt allgemeingültigen Wissens. Auch wenn es innerhalb der Medizin eine zeitliche Dimension im Sinne einer wissenschaftlichen Entwicklung gibt, ist doch für die Diagnosestellung nur der aktuelle Wissenstand relevant. Die Menge der zu beachtenden Faktoren ist so groß, dass die Historie der einzelnen Kontexte nicht geleistet werden könnte. Die Verstehensdimension des Arztes wäre dementsprechend als ‚synchronisch' zu bezeichnen. Gerade in der Krebsheilkunde müssen viele Daten gleichzeitig analysiert werden und umgehend als Diagnose auf den Punkt gebracht werden. Im Erleben des Patienten könnte dieses Geschehen als ‚allochronisch' bezeichnet werden, da es nicht an seine eigenen (zeitlich strukturierten) Erfahrungen anknüpft; es liegt außerhalb seiner erlebten Zeit.

Im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung bemüht sich der Arzt, dem Patienten die medizinisch relevanten Faktoren zu nennen und darauf aufbauend eine Therapieempfehlung auszusprechen. Diese schließt eine Aufklärung über die zu erwartenden Ergebnisse und möglichen Nebenwirkungen ein. Damit begibt sich der Arzt ansatzweise auf eine ‚diachronische' Ebene, die als Prognose jedoch nur im Register von Wahrscheinlichkeiten bedient werden kann. Da sich Fachdisziplinen wie die Onkologie wesentlich auf ‚synchronisches'

Wissen beziehen, markiert dies zwei unterschiedliche Zeitstrukturen der Verstehensregister bei Ärzten und Patienten.

5 Problem der Inkommensurabilität der beiden Verstehensdimensionen

Häufig wird von Ärzten geäußert, dass ältere Patienten zwar sagen, sie hätten alles verstanden, bei späteren Nachfragen aber oftmals erkennen lassen, dass selbst zentrale Inhalte des Aufklärungsgespräches nicht erfasst wurden. Dieses scheinbar unvermeidbare Nichtverstehen kann möglicherweise auch auf die oben beschriebenen unterschiedlichen Verstehensdimensionen zurückgeführt werden. Während der zu leistende Prozess bei Patienten darin besteht, eine sinngebende Abfolge der Ereignisse herzustellen – im Sinne eines bedeutsamen gelebten Lebens –, sieht sich der Arzt der Aufgabe gegenüber, alle in diesem Augenblick vorliegenden Daten zu einer einheitlichen Darstellung des Krankheitsgeschehens zu synthetisieren. In diesem Sinne liegen hier inkommensurable Register des Verstehens vor, die von unvereinbaren Prozessen und Zielen eröffnet werden und sich als wesensverschiedene Motivationen in der konkreten Kommunikation niederschlagen.

In Hinblick auf die Bedeutung des Patientenalters für die Kommunikation kann vermutet werden, dass die Bereitschaft, von der Narration des gelebten Lebens zu abstrahieren und in die abstrakten Sinnzusammenhänge der Medizin einzutauchen, mit zunehmendem Alter geringer wird.[5] Dies wäre ein differenzierterer Blick auf die Beobachtung vieler Ärzte, dass häufig zentrale Aufklärungsinhalte von Älteren nicht in ihrer Konsequenz erfasst werden. Hier geht es dann nicht nur um kognitive Defizite oder mangelnden Einsichtswillen. Vielmehr spielen die unterschiedlichen zeitlichen Register in den grundlegenden kognitiven Prozessen der beiden Parteien eine große Rolle.

Dafür spräche auch die oben zitierte Beobachtung, dass Hausärzte in den Aufklärungsgesprächen, im Vergleich mit klinischen Fachärzten, als erfolgreicher gelten. Sie hätten demnach nicht nur mehr zeitlichen Spielraum, um im quantitativen Sinne besser auf Patienten eingehen zu können, sie wären als oftmals langjährige Begleiter der älteren Patienten auch ‚Teil' derer Lebensgeschichten. Von einer solche Position aus, so kann vermutet werden, können auch Sachinformationen besser vermittelt werden, da sie von jemand Bedeutsamen ausgesprochen werden und damit per se in der persönlichen Narration einen Platz haben. Ein Arzt, der nicht plötzlich auftaucht, um sogleich wieder zu verschwinden, garantiert einen zeitlich verbindlicheren – in Vergangenheit und Zukunft gerichteten – Sinnzusammenhang.

Auch die von Patienten häufig gestellte Frage „Was würden Sie an meiner Stelle tun?“ findet hier einen möglichen theoretischen Hintergrund. Der Arzt wird gezwungen, die Rolle des Patienten einzunehmen. In seinen Erklärungen werden nun Bezüge hergestellt, die wiederum zeitliche Kontinuität und konkrete Lebensbezüge aufweisen. Zwar wird der Arzt in den meisten Fällen die gleichen *Inhalte* vortragen, die *Darstellung* jedoch fällt anders aus: Es ist ein lebendiges Subjekt, das spricht, das heißt, aussagendes Subjekt und Subjekt der Aussage fallen in eins; narrative Strukturen und menschliche Beziehungen werden anerkannt. Die so geschaffene Kommunikationsebene bezieht sich auf den Lebensvollzug und nicht mehr ausschließlich auf abstrakte und allgemeine Fakten.

Es hat denn auch mehr als Anekdotisches, dass sich die Interviewer der diesem Aufsatz zugrunde liegenden qualitativen Studie unbewusst selbst dieser ‚Technik' bedient haben, um am Ende der Arztinterviews einen besonderen thematischen Raum zu eröffnen. So, als ob es ein Geheimnis gäbe, das nur durch die explizite Einbeziehung der Persönlichkeit des Arztes, durch die persönliche Ansprache, geäußert würde: Die letzte Frage

an die Behandler lautete regelmäßig, was sich die Ärzte als Privatpersonen wünschen würden, wenn sie von einer Krebserkrankung im nächsten Familienkreis erführen.

6 Abschließende Überlegungen und Ausblick

Ärzte berichten regelmäßig von besonderen Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit älteren Patienten. Die hier vorgestellten Beobachtungen sollen anregen, die in die Situation eingeschriebene Problematik unterschiedlicher – hier behelfsmäßig ‚Verstehensdimensionen’ genannten – kognitiver Prozesse wahrzunehmen und weiter zu reflektieren. In Hinblick auf fortlaufende und zukünftige Verschiebungen im ärztlichen Beruf ist zu überlegen, wie sich Arzt und (älterer) Patient besser verstehen können. Wenn „Nähe“ – wie oben von einem Arzt gefordert – zu den Voraussetzungen gehört, damit ein Informiertes Einverständnis bei älteren Patienten überhaupt realisierbar ist, wenn diese Kontaktaufnahme Voraussetzung für die heute geforderte Partizipative Entscheidungsfindung ist, braucht es institutionell gesehen nicht nur mehr Zeit für die einzelnen Gespräche, auch die Festigung ärztlicher Beziehungen über größere Zeiträume, wie sie in der Regel ein Hausarzt aufbauen kann, zeigt ihren Wert.

Förderbezug und Danksagung

Dieser Aufsatz beruht auf einer sekundären Auswertung von Interviews, die im Rahmen des Forschungsprojektes DELIVER „Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV“, gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen 01VSF16035), unter der Gesamtleitung von Alexander Katalinic, geführt wurden.

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern des interdisziplinären Projektes und insbesondere den Interviewerinnen Susanne Elsner, Jacqueline Schubert und Nina Herzog, sowie dem Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck, Cornelius Borck und allen Mitarbeitern. Ganz besonders danke ich Christina Schües, Christoph Rehmann-Sutter und Frank Gieseler für die zahlreichen Diskussionen und wertvollen Anregungen, von denen vieles auch in diesen Aufsatz eingeflossen ist.

Endnoten

1 Vgl. Füeßl, Hermann. 2015. „Mit geriatrischen Patienten richtig umgehen: Wenn alte, kognitiv beeinträchtigte Patienten ins Krankenhaus müssen“. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140 (08): 620–22. https://doi.org/10.1055/s-0041-101605.

2 Projekttitel: „Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV“ (DELIVER), gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen 01VSF16035). Für die Projektbeschreibung siehe: https://www.imgwf.uni-luebeck.de/forschung/ethik/deliver.html, (zul. aufger. 08.11.2020).

3 Vgl. Köhle, Karl, und Armin Koerfer. 2017. „Kapitel 28 – Das Narrativ“. In Uexküll, Psychosomatische Medizin (Achte Ausgabe), herausgegeben von Karl Köhle, Wolfgang Herzog, Peter Joraschky, Johannes Kruse, Wolf Langewitz, und Wolfgang Söllner, Achte Ausgabe, 325–40. Munich: Urban & Fischer. https://doi.org/10.1016/B978-3-437-21833-0.00028-0.

4 Zum Begriff der Einstellung vgl. Schütz, Alfred. 1984. Strukturen der Lebenswelt. Herausgegeben von Thomas Luckmann. Bd. 2. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Stw. – Berlin : Suhrkamp. pp33–36.

5 Vgl. Gieseler, Frank, et al. 2019. „Adherence of Older Breast Cancer Patients to Cancer Therapy Recommendations“. *Diversity and Equality in Health and Care* 16 (1), 11–17.

Zum Autor

Dr. Frank Wörler, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung IMGWF, Universität zu Lübeck. Lehrbeauftragter in verschiedenen interdisziplinär-philosophischen Zusammenhängen. Forschungsinteressen: Ethik der Medizin und der Wissenschaften; Phänomenologie und Existenzphilosophie; Epistemologie und Wissenschaftsphilosophie; Französische Philosophie 19. und 20. Jahrhundert; Ideengeschichte der Psychoanalyse.

Kontakt: frank.woerler@uni-luebeck.de